

Vecchi, demenza: luoghi comuni

LUOGHI COMUNI

- **INVECCHIARE = AMMALARSI**: la malattia colpisce una parte della popolazione, l'invecchiamento riguarda tutti; la malattia può guarire, l'invecchiamento è inevitabile; il vecchio ha più probabilità di sviluppare malattie, ma non necessariamente si ammala.

LUOGHI COMUNI

- **ESSERE SMESSORATI = AVERE L'ALZHEIMER**: la memoria può essere influenzata da molti fattori: stress, tono dell'umore (pseudo-demenza), carenze nutrizionali, farmaci, ipostimolazione, carenza di autostima, solitudine...

LUOGHI COMUNI

- LA DEMENZA SENILE E' NORMALE DOPO UNA CERTA ETA': tipico stereotipo dell'anziano smemorato; cambiamenti cognitivi legati all'età sono cosa ben diversa da una malattia neurodegenerativa come la demenza

LUOGHI COMUNI

- **LA DEMENZA DI ALZHEIMER E' EREDITARIA:** sappiamo che nella stragrande maggioranza dei casi la malattia di Alzheimer è di tipo sporadico, e solamente circa l' 1% è a componente genetica ed a comparsa precoce (prima dei 65 anni)

Fattori di rischio

- *Età avanzata.*
- *Storia familiare:*
 - forme genetiche a trasmissione autosomica dominante in età presenile (legate alla mutazione di un singolo gene);
 - forme sporadiche in età senile: una storia di malattia di Alzheimer in un parente di primo grado aumenta di tre o quattro volte il rischio di sviluppare la malattia (inutile l'analisi genetica, troppo poco predittiva nella pratica clinica!).
- *Sesso femminile.*
- *Bassa scolarità.*
- *Traumi cranici nell'anamnesi.*
- **Fattori di rischio cardiovascolari** (ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, tabagismo...)

Principali deficit cognitivi

- ✓ Compromissione della **memoria** = incapacità di apprendere nuove informazioni o di richiamare quelle già apprese.
- ✓ Disturbo del **linguaggio**:
 - **dell'espressione** = incapacità di trovare i termini giusti per esprimere un concetto o denominare un oggetto;
 - **della comprensione** = incapacità di capire quello che si ascolta o si legge.
- ✓ **Aprassia** = incapacità di eseguire attività motorie, malgrado una funzione motoria integra
- ✓ **Agnosia** = incapacità di riconoscere oggetti o volti, malgrado una funzione sensoriale integra.
- ✓ Deficit delle **funzioni esecutive o di controllo**: attenzione, ragionamento, astrazione, pianificazione, etc.

Deficit funzionali

Riduzione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana

avanzate:

ad esempio utilizzare correttamente gli elettrodomestici, guidare l'auto, fare la dichiarazione dei redditi, lavorare a maglia,...

strumentali (*vedi IADL di Lawton e Brody*):

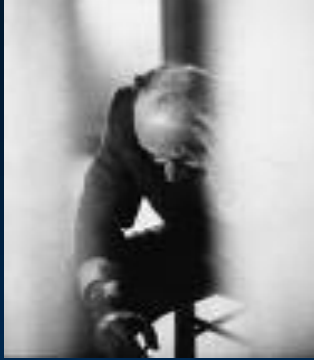
utilizzare il telefono, fare la spesa, cucinare, fare le faccende domestiche, lavare la biancheria, usare i mezzi di trasporto, assumere le medicine, gestire il denaro;

di base (*vedi ADL di Katz*):

fare il bagno, vestirsi, spostarsi, usare la toilette, mantenere la continenza urinaria e fecale, mangiare.

Sintomi psicologici e comportamentali

- ✓ Disturbi dell'umore: depressione, euforia
- ✓ Ansia
- ✓ Deliri, convinzioni errate: ad esempio di furto o di persecuzione
- ✓ Allucinazioni percezioni senza oggetto: visive, uditive
- ✓ Apatia: riduzione degli interessi, dell'iniziativa
- ✓ Disinibizione: comportamento sociale inadeguato
- ✓ Facile irritabilità
- ✓ Agitazione, aggressività, scarsa collaborazione
- ✓ Comportamento motorio anomalo: vagabondaggio, affaccendamento senza scopo, "fughe"
- ✓ Disturbi del sonno: insonnia o ipersonnia
- ✓ Disturbi dell'appetito: anoressia o iperfagia



FASI:

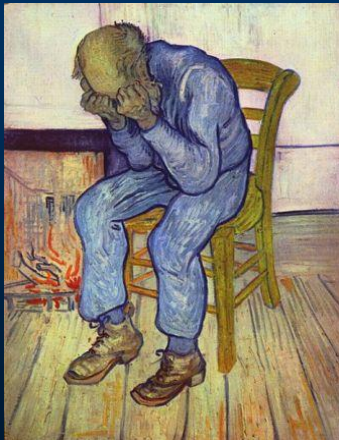
esordio



Subdolo e insidioso, spesso nemmeno i familiari si accorgono del suo apparire. I primi sintomi sono solitamente **generici**: piccoli disturbi della memoria, talora associati a sintomi di tipo depressivo e ansioso.

La malattia all'esordio può essere interpretata come un disturbo depressivo.
Ha senso la diagnosi precoce?

Non è importante fare diagnosi di m. di Alzheimer ma escludere che esistano patologie curabili che la simulano (MMG)



1^ fase: primi sintomi

leggera perdita di memoria, progressiva incapacità di imparare cose nuove, difficoltà di espressione e comprensione, modificazioni del carattere, incertezza di calcolo e logica, ansia, depressione e ritiro sociale.

Talora: agitazione, irrequietezza, aggressività, ansia, depressione, disinibizione sessuale, apatia, disturbi del sonno; alterazioni del comportamento alimentare (bulimia o anoressia), disturbi del cammino (aumento patologico dell'attività motoria).

**AUTONOMIA
RELATIVAMENTE
CONSERVATA**

**Inizio della preoccupazione
E cura da parte della famiglia**

Impegno MMG



Storia naturale

Fase iniziale:

- Difficoltà nel ricordare eventi recenti
- Lieve disorientamento temporale
- Difficoltà nel trovare le parole
- Iniziale difficoltà in attività complesse della vita quotidiana, nelle relazioni sociali e sul lavoro
- Riduzione di iniziativa, difficoltà ad affrontare situazioni nuove
- Ansia, depressione
- Assenza di alterazioni motorie

Fase intermedia:

- Deficit di memoria moderato-grave
- Disorientamento spazio-temporale
- Evidente disturbo del linguaggio (espressione e comprensione)
- Aprassia
- Agnosia
- Sintomi comportamentali
- Necessità di controllo e stimolo per la cura della propria persona, dipendenza nelle IADL

Fase avanzata:

- Completa perdita delle capacità cognitive con difficoltà nel riconoscere volti e luoghi familiari
- Perdita del linguaggio (fino al mutismo)
- Completa perdita dell'autonomia nelle ADL
- Incontinenza sfinterica
- Rigidità, disturbi della deambulazione, crisi epilettiche, disfagia
- Allettamento in fase terminale

Durata media della malattia: 10 anni

La malattia e il percorso per il medico di famiglia

- I famigliari dicono che ... o il MMG si accorge che qualcosa è cambiato ...
- Cosa è cambiato? Cosa ha causato il cambiamento? → obbligo assoluto di fare diagnosi differenziale perché ci sono patologie che possono guarire È uno stadio iniziale di demenza o: - depressione?, ipotiroidismo?, piccoli fatti vascolari?, carenza di B12 o Folati? → Rimedio il rimediabile! Il MMG avvierà l'iter previsto

La malattia e il percorso per il medico di famiglia

- Il sospetto prende corpo, come intervenire?
- Il MMG, se paziente (e famiglia) sono d'accordo invia al CDCD (Centro per i Disturbi cognitivi e la Demenza) per la conferma del sospetto ed eventualmente altri interventi socio-sanitari-assistenziali. Gli specialisti del settore vedranno periodicamente il malato che continuerà ad essere seguito periodicamente dal MMG.
- Qui i percorsi si incrociano strettamente: paziente-medico-famiglia.

CASO CLINICO: C.M. 83 ANNI

- Iperdislipidemia
- Cardiopatia ipertensiva ed ischemica cronica
- Esiti di ablazione per F.A.
- I.R.C.

- 2015 visita neurologica per instabilità motoria:
alla RM modesti segni di encefalopatia vascolare
- Gennaio 2016 nuova visita neurologica: cervicoartrosi?
Distiroidismo iatrogeno da amiodarone? Tranquirit per ansia
Esami ematochimici n.d.r. salvo lieve incremento creatinina
- Aprile 2016 visita nefrologica: I.R.C. stabile
- Aprile 2016 EMG AA.II.: sofferenza neurogena in territorio
L5-S1 bilaterale di grado modesto-discreto
- Maggio 2016 RM cervicale ed encefalo: segni di atrofia
cerebrale e modesta encefalopatia vascolare, spondilo-
discartrosi C5-C6-C7 con impronta sul sacco durale, non
stenosi del canale rachideo

- **Settembre 2016** esami ematochimici n.d.r.
- **Maggio 2017** esami ematochimici n.d.r.
- **Luglio 2017 RM lombosacrale:** spondilodiscartrosi, protrusioni discali improntano il sacco durale, non stenosi del canale
- **Dicembre 2017** esami ematochimici n.d.r., lieve incremento della creatinina
- **Maggio 2018** visita fisiatrica
- **Luglio 2018 accesso al P.S.:** algie addominali, epigastralgie; visita cardiologica ed esami ematochimici n.d.r.

- **Ottobre 2018 ecocolordoppler TSA:** modesta vasculopatia carotidea emodinamicamente non significativa
- **Ottobre 2018 visita neurologica:** iniziale sindrome ipocinetica;
- **Novembre 2018 TAC encefalo:** segni di involuzione trofica, non alterazioni densitometriche parenchimali
- **Aprile 2019 richiesta visita geriatrica:** non effettuata
- **Maggio 2019 visita neurologica:** diagnosi di sindrome vertiginosa di n.d.d. e calo cognitivo; richiesto nuovamente TAC encefalo-folati-B12-funzionalità tiroidea
- **Luglio 2019 finalmente visita geriatrica:** deficit cognitivi plurisettoriali, probabile demenza mista; durante la visita

episodio di F.A. ad alta frequenza con sottoslivellamento di ST e ricovero in cardiologia, applicazione di PM per sindrome bradi-tachi

- **Dimissioni:** paziente allettata, assopita, totalmente dipendente
- **A domicilio:** progressivo miglioramento delle condizioni generali, delle performances cognitive e motorie, della deambulazione autonoma senza ausili, rimanendo comunque del tutto evidenti i segni della demenza: rivalutazione in Ambulatorio CDCD?

NORMALITA'? DECLINO COGNITIVO FISIOLOGICO? DEMENZA INIZIALE? Ricordiamo che il MMSE va corretto per età e Scolarità...



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!